

MODULO DOMANDA
L. 162/98-PIANO PERSONALIZZATO IN FAVORE DI PERSONA CON DISABILITÀ GRAVE
(art. 3, comma 3, Legge 104/92)
PROGRAMMA da attuarsi dal 1° maggio 2021

AL COMUNE DI SASSARI
SETTORE POLITICHE, SERVIZI E COESIONE SOCIALE
VIA ZARA 2
07100 SASSARI

Il/la sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliat_ a (*se diverso dalla residenza*) _____ in Via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____ tel. _____ cell. _____
Mail _____@_____

CHIEDE

che venga predisposto un piano personalizzato di sostegno ai sensi della Legge 162/98:

per sé;

o in qualità di:

titolare della responsabilità genitoriale

incaricato della tutela

amministratore di sostegno

familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____

per la **persona di seguito indicata:**

nome _____ cognome _____ nat_ a _____
il _____, residente a _____ in Via _____ n° _____
domiciliat_ a (*se diverso dalla residenza*) _____ in Via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____ tel. _____ cell. _____
Mail _____@_____

A tal fine ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre n. 445 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atto falsi

DICHIARA

che il destinatario del piano è in possesso del riconoscimento della condizione di disabilità, di cui all'articolo 3 comma 3 della L. n. 104/1992 certificata al 31/03/2021;

la corrispondenza dell'attestazione ISEE allegata alla situazione del destinatario del piano nel rispetto dei parametri previsti dalla normativa di riferimento.

Dichiara inoltre di avere letto e sottoscritto l'informativa allegata in materia di trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 2016/679.

Si impegna a produrre non oltre il _____ la documentazione di seguito indicata:

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (*contrassegnare voce corrispondente documentazione allegata*)

certificazione attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave di cui all'art.3 comma 3 L.104/92

attestazione ISEE 2021 di cui all'art. 6 del D.P.C.M. n.159/2013 (ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitarie)¹

scheda salute (**allegato B**) compilata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o altro Medico della struttura pubblica o convenzionata

copia del documento di riconoscimento del richiedente e, se persona diversa, del destinatario del piano

copia del provvedimento del Tribunale di nomina di tutore o amministratore di sostegno (**da presentare obbligatoriamente**)

informativa trattamento dati personali (art.13 del regolamento ue 2016/679)

altro _____

Sassari, _____

FIRMA

¹ La mancata presentazione dell'ISEE 2021 comporterà la riduzione dell'80% del finanziamento assegnabile.